

Trefin ileostomi tecrübemiz

Trephin ileostomy

Gürel Neşşar*, Cüneyt Kayaalp**, Dilek Bil*, Sercan Karadağ*

Trefin ileostomi açılması laparotomi endikasyonu olmayan hastalarda yapılabilir. Basit, hızlı ve minimal invaziv bir tekniktir. Bununla birlikte, bağırsağın oryantasyonunun zor olması, karın eksplorasyonunun sınırlı olması ve organ malrotasyonu gibi zorlukları vardır. Trefin ileostomi dikkatli bir şekilde uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Trefin, ileostomi, teknik

GİRİŞ

Trefin stoma açılması, laparotomi endikasyonu olmayan hastalarda kolayca yapılabilen, basit ve hızlı bir fekal diversiyon tekniğidir (1-3). Stomamın açılacağı yerden yapılan stoma boyutunda yuvarlak bir kesi ile laparotomi yapılarak bağırsak dışarı alınır (Resim 1). Bununla beraber, tekniğe bağlı bazı zorlukları vardır (4). Biz iki erkek ve bir kadın hastaya trefin lup ileostomi açma girişiminde bulunduk. Crohn hastalığı olan iki erkek hastada ostomi başarı ile gerçekleştirildi. Rektovajinal fistül ve eksternal sfinkter defekti olan kadın hastada ise gelişen ciddi bir komplikasyon nedeniyle laparotomi yapmak zorunda kaldık. Bu olgular literatür eşliğinde gözden geçirilmiştir.

OLGU 1

Mayıs 2010'da terminal ileumda lokalize Chron hastalığına bağlı perianal apse ve fistül nedeniyle gevşek seton uygulaması yapılan 20 yaşındaki erkek hastaya, şikayetlerinin geçmemesi üzerine genel anestezi altında muayene (EUA) yapıldı. Litotomi pozisyonunda saat 3 ve 8 hizasında iskiyorektal apse ve rektumla bağlantılı fistüller tespit edildi. Daha önce konulmuş olan setonlar çıkarılıp gerekli drenaj işlemleri yapıldı. Aps kaviteleri kürete edildi. İki hafta sonra yapılan kontrol muayenesinde istenilen düzeyde iyileşme olmadığı saptandı. Fekal diversiyon amacıyla hastaya trefin lup ileostomi açıldı. Terminal ileum duvarında Chron hastalığına ait bir bulgu saptanmadı. Hastanın iki ay sonraki kontrolünde fistüllerinde iyileşme saptandı. İki ay sonra ileostomisinin kapatılması planlandı.

OLGU 2

Gastroenteroloji kliniğinde 1999 yılında Crohn koliti teşhisi konulan 30 yaşındaki erkek hasta bir yıl ilaç tedavisi (Salofalk 2 gr, İmuran 150 mg) almış. Sosyal güvencesi olmayan hasta sonraki 5 yıl ilaç kullanmamış. 2005 yılında ishal, halsizlik ve makat çevresinde akıntı şikayetleri ile hastaneye yatırılarak ilaç tedavisi başlanmış. Perine muayenesinde çok sayıda fistül ağzı ve sfinkter yetmezliği saptanmış. Siprofloksasin, metronidazol, imuran ve salofalk tedavisi verilerek taburcu edilmiş. Takibi sırasında perineal sepsis gelişmesi üzerine hasta 2009 yılında kliniğimize yatırılarak trefin lup ileostomi açıldı. Takip eden günlerde hastanın perine sepsisi iyileşti ve taburcu edildi. Bir yıl içinde 10 kg. dan fazla kilo alan ve işine geri dönen hastaya Mayıs 2010'da anoproktokolektomi yapılarak hastalıklı kolon ve perine çıkarıldı. Hasta halen problemsiz olarak hayatına devam etmektedir.

OLGU 3

Epizyotomi sonrası gelişen eksternal sfinkter defekti ve rektovajinal fistülü olan 25 yaşındaki kadın hasta tamir ve fekal diversiyon amacıyla Eylül 2004'te yatırıldı. Perine tamirini takiben trefin lup ileostomi açılmasına karar verildi. Sağ alt kadrandan rektus kasına paralel 5 cm kesi ile peritone girildi. Buradan yapılan gözlemde terminal ileum ya da çekum görülemedi. Bunun üzerine penset yardımıyla ince bağırsaklar proksimale ve distale doğru takip edilmeye çalışıldı ancak tam oryantasyon sağlanamadı. Yaklaşık 20 dakika boyunca kesi yerinden bağırsaklar birkaç kez dışarı çıkarılıp tekrar karın içine yerleştirildi. Bu esnada ince bağır-

*Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi, Ankara, Türkiye
**İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Genel Cerrahi, Malatya, Türkiye

Dr. Gürel Neşşar
E-posta: gurelnessar@hotmail.com

Makale Geliş Tarihi: 10.08.2010
Makale Kabul Tarihi: 27.10.2010



Resim 1: Trefin lup ileostomi

sakların renginde koyulaşma olduğu ve bir iskemi geliştiği saptandı. Durumu açıklamak için acil laparotomi yapıldı. Gözlemlerde ince bağırsakların mezosunun superior mezenterik aks boyunca saat yönünün tersi istikamette tam olarak döndüğünü tespit edildi. İyatrojenik olarak gelişen mezo torsiyonu düzeltildi. Bağırsak-

lar normale döndükten sonra yapılan eksplorasyonda çekumun karaciğer altında lokalize olduğu saptandı. Daha sonra lup ileostomi açılarak ameliyata son verildi. Bir yıl sonra ileostomi kapatıldı.

TARTIŞMA

Laparotomi gerektirmeyen fekal diversion ameliyatı perineal sepsis, sfinkter onarımı ve ilerlemiş anorektal malignitelerin palyasyonu amacıyla yapılabilir. Bu grup hastalarda laparoskopik veya trefin stoma (ileostomi-kolostomi) gibi minimal invaziv teknikler kullanılması akılcı bir yaklaşımdır. Trefin ileostomi en az invaziv, basit ve hızlı bir tekniktir. Karında ayrıca bir laparotomi kesisi olmadığı için postoperatif dönemde iyileşme çok hızlı olup, ağrı minimaldir. Bununla beraber bağırsağın proksimal ve distal kısmının belirlenmesi zor olabilir. Mutlaka terminal ileum ve çekum bulunduktan sonra ileostomi yapılacak olan bağırsak ansı dışarı alınmalıdır.

İki hastamızda sorunsuz olarak trefin ileostomi açılmasına rağmen üçüncü hastamızda çok ciddi sonuçları olabilecek bir komplikasyon gelişti. Eğer hemen laparotomi yapmayı bekleseydik ince bağırsaklar nekroza gidecek ve perforasyon olacaktı. Bunun sebebi terminal ileum ve çekumun normalde olması gereken yerde olmaması ve bunların küçük bir kesiden bulunmaya çalışılmasıdır. Bu nedenle ameliyat öncesi ayakta direkt karın grafisi çekilerek kalın bağırsağın anatomik lokalizasyonlarının belirlenmeye çalışılması faydalı olabilir. Daha önce literatürde trefin kolostomi ile ilgili potansiyel komplikasyonlar bildirilmiştir (5,6). Bildiğimiz kadarıyla bu olgu trefin lup ileostomi ile ilgili bildirilen ilk komplikasyondur.

SONUÇ

Trefin stoma açılması minimal invaziv bir yöntem olup, laparotomi endikasyonu olmayan hastalarda kolayca yapılabilen, basit ve hızlı bir fekal diversion tekniğidir.

SUMMARY

Trefin ileostomy

Skin trephine ileostomy creation is recommended in patients for whom laparotomy is not otherwise indicated. It is a simple, fast, and

minimally invasive technique. However, there are certain drawbacks of the technique as difficulties in the orientation of the bowel, limitation of the abdominal exploration, and visceral malrotation problems. Trephine ileostomy should be performed with caution.

Key Words: Trephine, ileostomy, technique.

KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması:
Gürel Neşşar, Cüneyt Kayaalp

Verilerin elde edilmesi:

Gürel Neşşar, Cüneyt Kayaalp, Dilek Bil, Sercan Karadağ

Verilerin analizi ve yorumlanması:

Gürel Neşşar, Cüneyt Kayaalp, Dilek Bil, Sercan Karadağ

Yazının kaleme alınması:

Gürel Neşşar, Cüneyt Kayaalp

İstatistiksel değerlendirme:

-

KAYNAKLAR

1. Nylund G, Oresland T, Hulten L. The trephine stoma: formation of a stoma without laparotomy. Eur J Surg 1997;163:627-629.
2. Anderson ID, Hill J, Vohra R, Schofield PF, Kiff ES. An improved means of faecal diversion: the trephine stoma. Br J Surg 1992;79:1080-1081.
3. Senapati A, Phillips RK. The trephine colostomy: a permanent left iliac fossa end colostomy without recourse to laparotomy. Ann R Coll Surg Engl 1991;73:305-306.
4. Kayaalp C. Dual port laparoskopik kolostomi. End Lap Minimal Invaziv Cerrahi Derg 1999;6:218-221.
5. Frizelle FA. Trephine colostomy: a warning. Ann R Coll Surg Engl 1996;78:157.
6. Loder PB, Thomson JP. Trephine colostomy: a warning. Ann R Coll Surg Eng. 1995;77:462.